

Alexander Hänsel

Wen behandeln: Gesunde oder Kranke?

**Leserbrief zu Krapf R. Wen behandeln:
Gesunde oder Kranke? Schweiz Med Forum
2005;5:159–60.**

Die steigenden Kosten des Gesundheitswesens scheinen an den Nerven der Ärzte zu zerrren, die augenblicklich Verteilungskämpfe auslösen. In diesem Verteilungskampf sehen Sie aufgrund eines Konzepts aus biologischer und altersgemässer Normalität Gefahr für die richtige und sachgemässe Medizin. Hierbei sind Sie unangenehme Lebenssituationen, negative Stimmungen und wenig angenehme Gefühle Zeichen von Reifeprozessen. Ich bin mir nicht sicher, wie ich dies einem arbeitslosen, depressiven Patienten mit Zukunftsängsten erklären soll. Auch weiss ich nicht, wie ich älteren Patienten beibringen soll, Alterungsprozesse als Chance zu ruhiger Gelassenheit und aufgeklärter Weisheit zu sehen. Gerade wenn ca. 18% der über 65jährigen gemäss DSM IV depressiv sind [1] und 75% der geriatrischen Patienten, welche einen Suizid begehen, während des Monats vor dem Suizid ihren Hausarzt aufgesucht haben [2]. Könnte da nicht der beklagte Alterungsprozess auf eine mitunter schwere depressive Erkrankung hinweisen?

Ich sehe in meiner Sprechstunde viele chronische Schmerzpatienten, in deren eigener Haltung der Schmerz als menschenunwürdig angesehen wird. Bei diesen Patienten hat der Schmerz die protektive Sinnesqualität, welche nach Ihnen zu schützenden und nachhaltigen Verhaltensänderungen zwingen, verloren. Oder ist es eine schützende Verhaltensänderung, nicht mehr arbeiten zu können, von Sozialhilfe zu leben und sich sozial zurückzuziehen?

Ihre sogenannte Normalität lässt sich für mich nicht aus rein biologischen und altersgemässen Begriffen erklären. Wo ist denn das Umfeld, die Arbeitsbedingung, die Familie und nicht zuletzt die finanzielle Situation der Patienten?

Entgegen Ihrem Konzept beruht mein Verständnis von Depression nicht darauf, dass man sich in einer gegebenen Lebenssituation einmal traurig oder niedergeschlagen fühlt. Sondern depressive Patienten berichten über die schwer erträglichen, langandauernden Anteile ihrer affektiven Beschwerden, wobei sie klar unterscheiden kön-

nen, dass diese affektiven Seiten gerade nicht zur ihrer Person, Biographie usw. gehören. Damit ist die Depression eben nicht eine Befindlichkeitsstörung, sondern eine medizinische Diagnose. Ein vielzitiertes Artikel aus «Science» weist auf die Tragweite der Erkrankung hin: Im Jahre 2020 wird neben der koronaren Herzkrankheit die unipolare Depression weltweit am stärksten für vorzeitige Mortalität und Behinderung im Alltag verantwortlich sein [3].

Weiter führen unangenehme Lebenssituationen bei den Patienten, die ich in der Sprechstunde sehe, nicht zu Veränderungen hinsichtlich eines Reifungsprozesses, sondern zur Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Ich hoffe, dass die Patienten in der Klinik, die Sie leiten, Gehör dafür finden, dass die psychiatrische Komorbidität bei den sogenannten internistischen Patienten knapp 40% beträgt, diese jedoch laut einer Studie nur in 30–50% erkannt wird [4].

Bei sorgfältiger Exploration redet man somit den Patienten kein Symptömchen ein, sondern sie fühlen sich das erste Mal seit langem richtig verstanden. Und es wird die Möglichkeit geschaffen, die erkannte psychisch oder psychosomatische Erkrankung lege artis zu behandeln.

Ich gebe Ihnen recht, dass wir mit scheinbar hilfreichen Informationen aus der Industrie überflutet werden. Immer wieder lösen diese Informationen das Gefühl aus, nicht «up to date» zu sein. Es werden Informationen als medizinischer Fortschritt angepriesen, der einzig dem ökonomischen Fortschritt der Industrie dient. Nicht zuletzt stösst mir daher bei Weiterbildungen das «freundlich unterstützt von xy-Pharma» immer wieder gallig auf.

Korrespondenz:

Dr. med. Alexander Hänsel

Oberarzt Psychosomatik

Inselspital Bern

CH-3010 Bern

alexander.haensel@insel.ch

Literatur

- 1 Birrer R. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004;69:2375–82.
- 2 Ganzini L. Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:307–12.
- 3 Murray CJ. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996;274:740–3.
- 4 Hansen MS. Mental disorder among internal medical inpatients. Prevalence, detection and treatment status. *J Psychosom Res* 2001;50:199–204.

Reto Krapf

Replik

Neben vielen positiven Stellungnahmen zum Editorial: «Wen behandeln: Gesunde oder Kranke?» ist auch die kritische Stellungnahme von Dr. A. Hänsel eingegangen. Ich glaube, dass mich Herr Kollege Hänsel etwas missverstanden hat. Es geht natürlich nicht darum, depressive Patienten als Simulanten zu bezeichnen oder chronische Schmerzpatienten einfach aufzufordern, der Schmerz sei nun normal. Es ging mir in meinem Editorial darum, dass in unserer Gesellschaft medizinisch fast alles pathologisiert wird. Naturgemäss gibt es einen Graubereich zwischen Gesundem und Krankem, und dieser Graubereich ist äusseren Einflüssen und dem Zeitgeist unterworfen. Die entscheidende Frage ist, wie wir als Ärzte uns dazu stellen. Wir können einen Patienten, der über etwas schmerzhaftes Bauchblähungen klagt, noch als gesund betrachten und ihn in dieser Haltung bestärken oder wir können ihm eine Diagnose geben (Colon irritabile) und ihn somit vielleicht sogar krank machen. Auch dieser Entscheid hängt vom Patienten und vom Arzt ab und wird sicher sehr unterschiedlich gefällt. Ich bin allerdings davon

überzeugt, dass heute eben in diesem Graubereich schwergewichtig in die Richtung der Pathologisierung tendiert wird. Auch bei der Nutzung von diagnostischen Tests kann man den Graubereich eher auf den gesunden Kern oder auf die Krankheit verschieben. Unkritische Anwendung von Screeningtests können den Patienten verängstigen oder nur die Lebensspanne verlängern, mit der der Patient unter dem Bewusstsein einer gewissen Diagnose ohne bewiesene Lebensverlängerung lebt oder leben muss. Nicht einverstanden bin ich mit Dr. Hänsel bezüglich seiner Interpretation der Daten über die Häufigkeit und den pathologischen Stellenwert der Depression oder anderer psychischer Störungen im Hinblick auf die Mortalität und Behinderung im Alltag und im Sinne der Co-Morbidität bei internmedizinischen Patienten. Gerade die Art und Weise, wie diese Analysen getätigt wurden, bestätigt meinen Eindruck, dass durch eine freizügige Definition die Häufigkeit der Diagnosen und damit eben die Pathologisierung gefördert werden. Dies lässt sich aufgrund einer methodologischen Analyse der von Dr. Hänsel zitierten Studien leicht nachweisen.